

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ВВЕДЕНИЕ ПРЕПАРАТА PLATINUM

Я _____

_____ года рождения,

проживающий(ая) по адресу: _____

контактный телефон: _____

даю свое согласие на проведение процедуры введения препарата Platinum в косметических целях

врачом _____

(фамилия, имя, отчество врача)

Контактный телефон врача: _____

Я подтверждаю, что меня проинформировали о ходе процедуры и о применяемом препарате:

Platinum представляет собой стерильный апиrogenный физиологический гель на основе гиалуроновой кислоты неживотного происхождения, является инъекционным имплантатом, предназначенным для заполнения умеренно выраженных и глубоких морщин кожи лица и тела, а также для контурной и волюметрической коррекции различных зон. Препарат может вводиться в средние и/или глубокие слои кожи, подкожно и на надкостницу.

Мне разъяснено, что анестезия, применяемая при проведении процедуры введения препаратов серии Platinum, может быть аппликационной и инъекционной.

Я проинформирован(а) об основных преимуществах и осложнениях анестезии, которые могут проявляться в виде различных аллергических реакций (анафилактического шока, отека Квинке, обморока, коллапса) и постинъекционных гематом.

Длительность эстетического эффекта от применения филлеров Platinum зависит от состояния кожи, области введения, количества введенного препарата, техники инъекции и образа жизни пациента (например, от курения или воздействия солнца). Степень выраженности эффекта процедуры может оказаться меньше ожидаемой пациентом.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ

Я ознакомлен(а) со списком противопоказаний для введения препарата Platinum:

- Индивидуальная непереносимость компонентов препарата
- Тяжелая аллергия либо анафилаксия в анамнезе.
- Беременность и лактация.
- Аутоиммунные заболевания.
- Порфирия.
- Лихорадочные состояния.
- Острые инфекционные заболевания.
- Стрептококковая инфекция в анамнезе.
- Обострения хронических заболеваний и тяжелые соматические заболевания в стадии декомпенсации.
- Психические заболевания, эпилепсия.
- Нарушение свертываемости крови.
- Прием антикоагулянтов и антиагрегантов.
- Онкологические заболевания, химиотерапия.
- Сахарный диабет.
- Возраст моложе 18 лет.
- Острые или обострение хронических заболеваний кожи, герпес.
- Неинфекционные заболевания кожи в местах предполагаемых инъекций (дерматозы).
- Предрасположенность к образованию келоидных рубцов.
- Неполное восстановление кожи после лазерных шлифовок, дермабразий, глубоких химических пилингов.
- Наличие в местах предполагаемых инъекций нерассасывающихся или комбинированных имплантатов.

Филлер не должен вводиться в участки кожи, склонные к воспалению и/или инфицированию (акне, герпес и т.д.). Platinum не должен использоваться одновременно с проведением лазерной терапии, химического пилинга или процедур дермабразии кожи лица. Введение препарата не рекомендуется в случае возникновения выраженного воспаления кожи после проведения поверхностного пилинга.

ПОБОЧНОЕ ДЕЙСТВИЕ

Врач предупредил меня, и я осознаю, что как во время, так и после проведенной манипуляции возможно возникновение побочных эффектов:

- Воспалительная реакция в месте инъекций (отек, покраснение и др.), которая может сопровождаться зудом, а также болезненностью при надавливании.
- Подобная воспалительная реакция может сохраняться до 7 дней.
- Возникновение кровоподтеков (гематом).
- Возникновение уплотнений или узелков на месте инъекции.
- Окрашивание или обесцвечивание кожи в области введения препарата.

Учитывая имеющиеся сообщения о случаях возникновения некроза кожи над переносицей, абсцессов, гранулем и аллергических реакций немедленного или замедленного типа после инъекции гиалуроновой кислоты, необходимо принимать в расчет потенциальную опасность развития подобных осложнений.

Врач предупредил меня, что при возникновении других, не перечисленных выше явлений или при длительности воспалительной реакции свыше 7 дней, мне следует немедленно сообщить об этом своему лечащему врачу.

Я обязуюсь соблюдать и выполнять все рекомендации моего лечащего врача до и после процедуры, а именно:

- Рекомендуется использовать рассасывающие препараты для уменьшения кровоизлияний в случае их возникновения или холодный компресс для уменьшения отеков в случае их возникновения.
- Рекомендуется мимический покой в день инъекции.
- Не рекомендуется наносить макияж в течение 12 часов после введения препарата.
- Рекомендуется избегать продолжительного пребывания на солнце, воздействия ультрафиолетовых лучей и температур ниже 0°C, посещения сауны или бани в течение 2 недель после процедуры.

Я подробно проинформировал(а) врача об аллергических реакциях и индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, пищевых продуктов и других веществ, о заболеваниях и травмах, которые были у меня в течение жизни, хронической сопутствующей патологии. Я сообщил(а) достоверные сведения о моих вредных привычках и наследственных заболеваниях, а также о перенесенных мною операционных и анестезиологических вмешательствах. Я понимаю, что некоторые из возможных осложнений могут потребовать лечения в течение нескольких месяцев до полного их исчезновения.

Я подтверждаю, что мой лечащий врач:

- Проинформировал меня о ходе процедуры и о применяемом препарате для принятия мною обдуманного решения.
- Дал мне возможность задать до начала процедуры интересующие меня вопросы и получить исчерпывающую информацию.
- Дал мне время обсудить протокол процедуры.
- Получил от меня максимально полную информацию о состоянии моего здоровья.

Таким образом, я даю свое согласие на проведение данной процедуры моим лечащим врачом.

Я согласен(на) на проведение фото- и видеосъемки процедуры и разрешаю врачу использовать мои фото- и видеоматериалы до и после лечения в научных целях.

Дата процедуры: _____ Номер серии Platinum: _____

Примечания: _____

Подпись пациента: _____

Подпись врача: _____